

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 24 Juillet 1896, à 9 heures

Par MARIE MACÉ

Né à Montfort (Ille-et-Vilaine), le 13 juin 1869.

ÉTUDE SUR LES ÉRYTHÈMES PNEUMONIQUES

(Rash pneumoniques de Cadet de Gassicourt)

CHEZ L'ENFANT

Président : M. POTAIN, Professeur.

Juges : MM. } GRANCHER, Professeur.
 } MÉNÉTRIER et WURTZ, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 24 Juillet 1896, à 9 heures

Par MARIE MACÉ

Né à Montfort (Ille-et-Vilaine), le 13 juin 1869.

ÉTUDE SUR LES ÉRYTHÈMES PNEUMONIQUES

(Rash pneumoniques de Cadet de Gassicourt)

CHEZ L'ENFANT

Président : M. POTAIN, Professeur.

Juges : MM. } GRANCHER, Professeur.
 } MÉNÉTRIER et WURTZ, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1896

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		N.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
Clinique médicale.....	}	G. SÉE.
		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND.
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	}	BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		PANAS.
Clinique ophthalmologique.....		TARNIER.
Cliniques d'accouchements.....		PINARD.

Professeur honoraire
M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENÉTRIER.	THOINOT.
ANDRÉ.	GILLES de la TOU-	NÉLATON.	TUFFIER.
BAR.	RETTE.	NETTER.	VARNIER.
BONNAIRE.	GLEYS.	POIRIER, chef des	WALTHER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTERER.	WIDAL.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	
DELBET.	MARFAN.	SÉBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Médecin à l'Hôpital de la Charité

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Il nous a été donné une fois, dans une observation que nous rapportons d'ailleurs dans le cours de notre travail, de constater que le diagnostic de la pneumonie chez l'enfant pouvait être rendu plus difficile par la présence d'un érythème que l'on est tout d'abord porté à attribuer à d'autres causes.

Frappé de ce fait nous avons recherché si nous trouvions dans la littérature médicale d'autres cas analogues ; et nous avons pensé qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de faire, à l'occasion de notre thèse inaugurale, une étude rapide sur les érythèmes pneumoniques qui se présentent quelquefois chez l'enfant.

Après avoir fait brièvement l'historique de la question, nous étudierons l'étiologie de ces érythèmes qui (nous nous efforcerons de le démontrer) ne sauraient reconnaître pour cause que la pneumonie même qu'ils accompagnent ; nous rechercherons ensuite quelle en peut être la pathogénie.

Enfin nous passerons en revue les symptômes qu'ils

présentent et les signes qui permettent de les différencier des diverses affections qui pourraient induire le médecin en erreur.

Faisant seulement mention du pronostic, nous présenterons enfin les conclusions auxquelles nous sommes arrivé.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux d'adresser l'expression de notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

Nos plus vifs remerciements à nos maîtres de l'Ecole de Rennes, à MM. les docteurs Delacour, Aubrée, Perret et Dayot qui guidèrent nos débuts dans la clinique ; à M. le Docteur Lhuissier qui ne ménagea ni ses conseils ni son temps pour nous aplanir les difficultés de l'anatomie.

Que Monsieur le Docteur Regnault veuille bien accepter ici l'expression de notre plus vive reconnaissance pour les soins dévoués dont il entourait notre père.

Nous ne saurions non plus oublier nos maîtres dévoués des hôpitaux de Paris et [en particulier M. le Docteur Constantin Paul, à la mémoire duquel nous rendons hommage, et M. le Professeur Berger qui voulurent bien nous admettre dans leurs services.

Nous remercions également notre compatriote et ami M. Le Damany, interne à l'Hôpital des Enfants malades, dont l'amabilité à notre égard ne s'est jamais démentie.

Monsieur le Professeur Potain nous fait le plus grand honneur en daignant accepter la présidence de notre

thèse, nous l'en remercions très vivement et le prions
de vouloir bien accepter l'expression de notre sincère
reconnaissance.

Historique.

Dans l'ouvrage tout récent de M. Boulay (*La Pneumonie lobaire*, 2 volumes, bibliothèque Charcot-Debove) où l'étude de la pneumonie est faite d'une manière très complète, les érythèmes exceptionnellement observés au début ou dans le cours de la pneumonie chez l'enfant (aucun cas n'a été jusqu'à ce jour signalé chez l'adulte) sont passés presque complètement sous silence. De même aussi dans les traités classiques des maladies des enfants ou de pathologie interne, il n'en est pour ainsi dire pas fait mention. Les seuls ouvrages didactiques dans lesquels nous les trouvons nettement signalés et décrits sont le *Traité des maladies des enfants* de Rilliet et Barthez et les *Leçons cliniques* de Cadet de Gassicourt. Nous aurons cité tous les documents publiés sur ce sujet quand nous aurons signalé le *mémoire* de Arnaud et Lop dans la *Revue des Maladies de l'Enfance* (avril 1893), et un travail de Ad. d'Espine, de Genève, publié dans la *Revue de Médecine*, 1888.

Rilliet et Barthez avaient donné à cet érythème, qu'ils

avaient observé plusieurs fois le nom de *coloration générale de la peau* et avaient noté l'apparence scarlatineuse de l'éruption et une fois l'aspect morbillieux.

Cadet de Gassicourt précisant davantage la terminologie, leur donne le nom de rash pneumonique et rapporte avec soin le cas qu'il lui a été donné d'observer.

Arnaud et Lop insistent surtout sur les difficultés que peut présenter le diagnostic de la cause prochaine de cet érythème et de leur monographie, on peut conclure que c'est par élimination seulement qu'ils ont fait le diagnostic de la cause.

Voilà tout ce que nous pouvons écrire sur l'historique de cette manifestation rare de l'infection du poumon par le pneumocoque.

Aux observations des auteurs précédents nous ajoutons un fait nouveau qui nous a été donné d'observer à l'hôpital Trousseau pendant nos études médicales.

Le nombre des faits publiés ou nettement cités avec un compte-rendu plus ou moins bref, que nous avons pu recueillir est ainsi de huit, aujourd'hui. Nous pensons que bien souvent ces éruptions ont passé inaperçues et c'est ainsi que nous expliquons la rareté extrême des observations publiées jusqu'à cette heure.

II

Etiologie.

Avant de nous demander comment les auteurs ont cherché à expliquer le développement des érythèmes dans les maladies infectieuses et en particulier dans la pneumonie chez l'enfant, nous devons tout d'abord nous poser une autre question : Ces érythèmes sont-ils bien le fait de la pneumonie, ne sont-ils pas dus à une autre cause, à une affection intercurrente, à une infection secondaire, à une intoxication alimentaire ou médicamenteuse ? Pour répondre à ce desideratum, examinons successivement les observations.

Tout d'abord le diagnostic de pneumonie franche est indubitable dans toutes, bien que les allures aient été parfois un peu anormales.

Dans notre observation personnelle, c'est en pleine santé que l'enfant est pris d'un violent frisson, bientôt suivi d'un point de côté intense, d'une toux sèche d'abord puis plus grasse. A l'examen, la température, les râles crépitants fins, la matité, l'exagération des vi-

brations thoraciques, l'hyperthermie considérable, tout, avec le mode de début, concourait à imposer le diagnostic de pneumonie franche. La défervescence brusque vers la fin du premier septenaire, la convalescence rapide et la guérison définitive ont confirmé ce diagnostic qui fut d'une facilité extrême.

Dans les observations II, III et IV, le diagnostic de Rilliet et Barthez avait été celui de pneumonie. La grande expérience de ces auteurs en clinique infantile, l'absence d'hésitation chez eux, ne nous permettent pas de révoquer en doute leur diagnostic. Il en est de même pour l'observation V.

Dans l'observation VI, M. Cadet de Gassicourt affirme très nettement qu'il s'agissait d'une pneumonie à forme cérébrale : L'enfant, six jours avant son admission à l'hôpital avait été pris brusquement, en pleine santé, d'attaques avec grimacements de la face, convulsions des globes oculaires et des quatre membres, les lèvres étaient couvertes d'une écume sanguinolente. Pendant les attaques et quelques minutes encore après leur disparition, la face devenait turgescente et violacée. Ces convulsions se répétèrent un grand nombre de fois pendant 24 heures. Il fut impossible d'en savoir le nombre. « Malgré cette réunion de symptômes insolites je n'hésitai pas longtemps sur le diagnostic. « Les convulsions violentes du début écartaient toute « idée de méningite tuberculeuse ; leur disparition « rapide ne permettait pas de croire à une méningite « franche. Aucune autre fièvre éruptive ne pouvait être « mise en cause que la scarlatine ; mais l'absence d'an-

« gine jugeait la question. En examinant le malade de
« plus près, je remarque alors qu'il a un peu de dys-
« pnée et que les ailes du nez battent légèrement. Il
« tousse un peu, mais ne crache pas. La percussion
« pratiquée immédiatement, me donne une matité pres-
« qu'absolue à gauche, en avant dans presque toute la
« hauteur et l'auscultation, un souffle rude, tubaire,
« avec retentissement du cri, mais sans râles. Dans la
« fosse sus-épineuse du même côté, respiration un peu
« rude. La pneumonie était évidente et les symptômes
« particuliers qu'elle présentait la classaient parmi les
« pneumonies à forme éclamptique ; le pronostic seul
« était douteux. »

Arnaud et Lop ont eu sous les yeux un cas beaucoup plus simple et d'un diagnostic plus facile, car ces troubles cérébraux et éclamptiformes faisaient défaut : L'enfant, en rentrant chez lui se plaignit de froid, de lassitude. Anorexie, vomissements. Le lendemain la température est de 40°, le pouls a 140 pulsations. Il y a un peu de dyspnée et une toux courte, sèche. Les signes stéthoscopiques apparaissent les jours suivants et se montrent absolument caractéristiques. Quant au cas observé par M. d'Espine, cet auteur le cite nettement comme une pneumonie et il affirme sans hésitation le diagnostic.

Tous ces malades n'avaient aucune affection concomitante, leur pneumonie ne se compliqua d'aucune infection secondaire.

Dans l'observation VII, dans l'observation VIII et dans la nôtre il est dit expressément que les enfants

n'avaient absorbé aucune substance médicamenteuse.

Dans les autres il n'en est pas fait mention ; mais il découle très nettement du récit des auteurs que les enfants n'avaient été soumis à aucun traitement.

Si nous en croyons Arnaud et Lop, M. Sevestre serait d'avis que, même dans ces cas, la pneumonie n'est pas la cause de l'érythème.

« M. Sevestre, médecin de l'Hôpital Trousseau, répondant à l'un de nous, dit avoir observé des éruptions érythémateuses ou autres, chez les enfants ; mais toujours en rapport avec des phénomènes d'infection intestinale, ainsi que dans certains cas de broncho-pneumonie d'origine intestinale qui sont rapportés dans la thèse de son élève Renard. Aussi M. Sevestre nous demande si cette éruption pré-pneumonique ne relèverait pas plutôt d'un trouble intestinal concomitant ou antécédent, que de la pneumonie elle-même. »

Mais avec les auteurs précédents nous sommes convaincus qu'une infection intestinale n'est nullement en cause dans l'étiologie de ces érythèmes. Leur malade, le nôtre, ainsi que ceux des autres auteurs n'avaient pas le moindre catarrhe intestinal. C'est à peine si des vomissements sont notés dans deux cas, le premier et le second jour, et une légère diarrhée (une selle liquide) dans une autre observation.

Ainsi donc ces érythèmes nous semblent mériter l'épithète de pneumoniques, car ils sont apparus comme prodromes au début de pneumonies absolument franches chez des enfants n'ayant et n'ayant eu aucune

autre affection, et n'ayant absorbé aucune substance médicamenteuse ou toxique.

Ces pneumonies qui ont été précédées ou accompagnées de l'éruption érythémateuse que M. Cadet de Gassicourt a désigné sous le nom de rash pneumonique ont-elles des caractères particuliers, des allures spéciales qui permettent de prévoir l'apparition de l'exanthème, ou de diagnostiquer son existence antérieure quand celle-ci a passé inaperçue par suite de sa fugacité ? Nullement. L'éruption s'est montrée dans des cas très divers comme allures cliniques, comme durée, comme mode de terminaison. Leur constatation sera donc toujours une surprise étant donnée leur rareté.

L'âge et le sexe n'ont aucune influence apparente. Nos observations sont d'ailleurs en nombre trop restreints (huit) pour que nous songions à faire des études de statistique. Notre base ne serait vraiment pas assez solide.

Remarquons seulement que ces érythèmes n'ont été observés que chez les enfants.

III

Pathogénie.

Si donc, comme le croient Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt, Arnaud et Lop, et comme nous nous sommes efforcé de le démontrer dans le chapitre précédent, cet érythème est bien attribuable à la pneumonie, comment intervient-elle pour en déterminer l'apparition ?

Remarquons tout d'abord que ces érythèmes ne sont pas les seules modifications de la coloration de téguments qui aient été observés au cours de la pneumonie. C'est un fait d'observation courante que chez les pneumoniques le visage est ordinairement plus animé que de coutume ; la face est rouge, vultueuse. Le plus souvent, pourtant, la rougeur prédomine aux joues ou bien aux régions malaires ; enfin il n'est pas rare que l'une des pommettes soit plus fortement colorée ou même qu'elle le soit à l'exclusion de l'autre. Dans ce dernier cas le phénomène de la rougeur malarie existe

dans toute sa pureté. Le plus souvent il s'observe du côté de la pneumonie ; mais il y a des exceptions et parfois on a vu la rougeur de la pommette (et le point de côté) siéger du côté sain. En même temps que de la rougeur il existe une sensation de chaleur avec élévation de la température locale. La rougeur et la chaleur de l'une des pommettes ou des deux sont plus prononcées et plus fréquentes dans la pneumonie du sommet. Ce phénomène est contemporain des premiers signes de la maladie ; il peut même précéder le frisson de quelques heures. A la période d'état il s'accuse. Dans quelques cas on l'a vu s'étendre à la paroi thoracique, au membre supérieur, et même au membre inférieur du même côté. Quelquefois les deux membres sont pris ensemble, il en résulte une véritable hémiplegie vaso-motrice. Comme la rougeur malaire, celle-ci occupe soit le côté de la pneumonie, soit le côté opposé. C'est à la partie interne du bras que l'élévation de la température cutanée est le plus marquée.

Ces troubles vasculaires étaient jadis attribués à l'influence du décubitus ; mais cette explication, comme le dit avec raison M. Boulay, ne saurait être invoquée dans les cas où le malade garde la position horizontale sur le dos depuis longtemps ou quand la rougeur de la pommette se manifeste avant que le pneumonique soit alité.

On croit aujourd'hui (Boulay) qu'il s'agit de phénomènes réflexes dont il faut chercher la provocation initiale dans la lésion pulmonaire elle-même. « Lorsque la paralysie vaso-motrice siège du côté opposé

« à la pneumonie, il suffit de supposer, pour ne pas
« que la théorie se trouve en défaut, l'existence d'une
« décussation anormale des filets nerveux qui entrent
« dans la composition du plexus pulmonaire. »

Comme ces troubles vaso-moteurs, les érythèmes sont-ils dûs à de simples modifications d'ordre réflexe ? ou bien doit-on leur reconnaître la pathogénie des lésions cutanées suivantes ?

Bonardi (*Rivista gen. Italiana di clinica medica*, n° 7, p. 162, 1892) rapporte l'observation d'un jeune homme de 21 ans qui entra à la Clinique de Pise pour une pleuro-pneumonie double qui parut entrer en résolution huit jours après le début de la maladie, mais deux jours après la défervescence, la température monta brusquement à 40°, des vomissements survinrent ainsi que des douleurs vagues au niveau du thorax ; le lendemain de cette rechute survinrent ainsi que des douleurs vagues au niveau du thorax une hémorrhagie buccale, de l'hématurie et de l'albuminurie.

Peu de jours après, la stomatorrhagie et l'hématurie cessèrent, mais le malade eut du melœna qui dura pendant quelques jours, puis se manifestèrent des foyers pneumoniques dans les deux pœumons. L'examen du sang et des urines fait pendant la vie permit d'isoler le pneumocoque. (Etude résumée par G. Lyon, in *Revue des Sciences Médicales*.)

D'autre part, M. Claisse a fourni un appoint à l'étude de ces lésions cutanées (*Archives de Médecine expérimentale*, III, 3, p. 378).

Chez un jeune homme de 22 ans, porteur d'une ancienne endocardite rhumatismale avec végétations se développe une endocardite aiguë, bientôt suivie de purpura, néphrite et de pneumonie. Le malade meurt en deux jours. Des recherches anatomo-pathologiques montrent que tous ces accidents sont dûs à des localisations du pneumocoque : il existe notamment dans un vaisseau dermique sous-jacent à une tache de purpura, un petit thrombus infiltré de diplocoques lancéolés.

Les érythèmes pneumoniques que nous envisageons sont-ils dûs ainsi à l'action directe du pneumocoque ? Nous pensons, avec les auteurs que ni l'un ni l'autre de ces deux actions : 1° réflexe à départ pulmonaire ; 2° action directe des pneumocoques ne convient et qu'il faut chercher ailleurs la pathogénie des exanthèmes que nous étudions.

« Avant de connaître les faits de Rilliet et Barthez, écrivent Arnaud et Lop, ne trouvant pas d'explication plausible à l'érythème que nous avions en présence, nous les rattachions à la fièvre.

« L'hyperthermie, de cause quelconque, s'accompagne presque toujours d'une rougeur cutanée diffuse. La fugacité de l'érythème qui dure moins que la fièvre dans nos cas de pneumonie ne serait pas un argument contre cette explication. »

Les expériences de Senator, Baümeler, montrent que cette rougeur fébrile, due à l'excitation vaso-dilatatrice, ne peut être continue.

De plus, l'aspect scarlatiniforme et granité ou mieux encore rubéoliforme de l'érythème pneumonique em-

pêche de le confondre avec cette diffuse rougeur fébrile (Arnaud et Lop). D'ailleurs cette confusion ne semble pas avoir été faite puisqu'on cite comme rares les faits de rash pneumoniques, tandis que la rougeur de la fièvre est banale et s'observe fréquemment.

Léwin admet que les lésions, même superficielles de certains viscères peuvent produire l'inhibition de centres vaso-constricteurs, et, par suite, amener de l'érythème par dilatation vasculaire passive.

Cet auteur cite à l'appui de son opinion le fait suivant : Chez une femme atteinte d'érythème polymorphe, il a pu provoquer une rechute de la dermatose par une irritation artificielle de l'urèthre.

Mais avec M. Besnier, l'éminent dermatologiste de l'hôpital Saint-Louis, on ne peut admettre ce mécanisme simpliste, qui ne saurait être accepté même pour le cas de Léwin qu'après avoir éliminé la provocation possible de l'érythème par les médicaments employés contre l'agent infectieux cause de l'urétrite. Cette complexité des causes existe aussi pour l'érythème pneumonique, et, de plus, les partisans de la théorie de Léwin ne reconnaissent pas au poumon l'extrême impressionnabilité réflexe qu'ils attribuent au système urogénital.

D'ailleurs ces théories d'actions réflexes n'ont plus guère de partisans en ce qui concerne la question dont nous nous occupons en ce moment.

Il nous semble plutôt que ces érythèmes, pour la pathogénie, doivent être rapprochés de ceux qui se produisent dans certaines maladies infectieuses.

James Nevins Hyde, de Chicago, rapporte que certaines maladies générales chez les enfants peuvent être précédées, accompagnées ou suivies par des rash érythémateux. Ces érythèmes symptomatiques seraient, d'après l'auteur américain, généralement accompagnés par une très haute élévation de la température, mais ils ne sont jamais suivis de desquamation. J. Nevins attribue ces érythèmes aux microbes ou à leurs produits de sécrétion, facteurs de la maladie générale qui accompagne, précède ou suit l'éruption.

MM. Arnaud et Lop se demandent, devant ces érythèmes s'ils ne sont pas en présence d'un de ces cas précoces de décharges bactériennes cutanées décrites par M. le Professeur Bouchard dans sa communication à l'Académie des Sciences, décharges se manifestant même avant l'apparition des signes physiques nécessaires au diagnostic de pneumonie ? Ou bien encore si cet érythème ne serait pas comparable à la miliaire bactérienne décrite par Hanot ; mais avec une atténuation considérable, les micro-organismes n'ayant provoqué par la précocité de leur apparition qu'une simple congestion du derme au lieu d'en déterminer la suppuration comme cela est arrivé dans les cas publiés par Hanot ?

L'opinion qui semble aujourd'hui la plus probable, l'explication la plus rationnelle est la suivante : Cet érythème est produit par des toxines qui agissant sur le système nerveux vaso-moteur ou périphérique en déterminent la paralysie. Ces érythèmes seraient comparables à ceux produits par les diverses intoxications et

dans l'un et l'autre cas ce serait le poison absorbé qui produirait la dilatation des vaisseaux cutanés.

C'est là aussi l'opinion admise par M. de Bourdineau (Thèse de Paris 1895). Quant à sa nature (rash) nous pensons qu'elle doit être considérée comme de même ordre que celle des divers autres érythèmes infectieux : intoxication organique et action sur la peau et les centres nerveux, soit par les poisons solubles élaborés par les agents pathogènes de la maladie, soit par ces agents pathogènes eux-mêmes quels qu'ils soient.

Cette action des microbes et de leurs toxines a été bien mise en évidence par les expériences de M. Charrin qui a produit le purpura expérimental tantôt avec le bacille pyocyanique, tantôt avec ses seules sécrétions qui modifient la crase sanguine et agissent sur les centres vaso-moteurs. M. Charrin conclut de ses observations qu'il faut invoquer, à titre de pathogénie, l'action simultanée ou quelquefois distincte du microbe lui-même (purpura microbien) et de ses toxines (purpura toxique) des modifications vaso-motrices (purpura nerveux) des altérations humorales qui ne sont pas dues aux toxines microbiennes seules, mais aussi aux poisons antogènes produits par l'organisme sous l'influence de l'infection et retenus par l'insuffisance de l'émonctoire.

Enfin, il est une condition dont on ne saurait nier l'importance et que M. Besnier s'est efforcé de mettre en relief, nous voulons parler de la manière de réagir de l'organisme lui-même, autrement dit, de la prédisposition. « Ce n'est pas absolument par la qualité ou la

quantité de l'agent pathogène que l'action morbide s'effectue ; on verra souvent que des érythèmes d'une longue durée et d'une gravité extrême naîtront, comme dans les hydrargyries graves de doses très faibles et très peu prolongées du médicament.

C'est là qu'apparaît dans toute son évidence l'importance de l'organisme qu'on tend de plus en plus aujourd'hui à mettre en parallèle avec celle des microbes pathogènes. La réaction morbide des éléments vivants en particulier et de l'organisme en général est, dans une certaine mesure, plus attachée à la disposition propre, à l'individualité, à l'aptitude morbide qu'au degré de l'irritant lui-même.

Symptômes.

Dans notre observation personnelle, voici ce que nous avons noté :

Le médecin qui vit l'enfant en ville constata à sa première et unique visite une éruption rouge très étendue. La mère, quelques heures auparavant n'avait rien remarqué. Nous devons donc admettre que le développement avait été rapide. Lorsque nous l'examinons : La surface du tronc et des membres est le siège d'une rougeur en placards diffus, de grande étendue pour la plupart, laissant entre eux des intervalles de peau saine. Ces nappes érythémateuses, surtout abondantes au voisinage des plis de flexion sont constituées par un fond d'un rouge vif uniforme, sur lequel se dessine un pointillé plus foncé, assez net en quelques points. En somme, nous avons un aspect qui rappelle assez exactement celui de la scarlatine et par la couleur et par le granité, et par les placards de peau normale ou à

peu près sur les régions opposées aux plis de flexion.

Le lendemain toute trace de l'éruption avait disparu, même le pointillé plus foncé qui existait en quelques endroits. La durée avait été de 24 heures.

Remarquons qu'il n'y avait eu ni cuisson, ni démangeaison, ni œdème, ni épaissement des téguments. Les pieds, les mains, le cou étaient restés indemnes ainsi que le visage.

Fait très important, il n'y eut aucune desquamation. Comme l'ont dit Lop et Arnaud, le rash pneumonique n'est jamais suivi de desquamation.

La pneumonie eut une évolution des plus franches et normales, et l'enfant sortit guéri au douzième jour.

Dans les observations de Rilliet et Barthez, la peau avait « le jour même du début de la pneumonie une coloration d'un rose vif répandue sur toute la surface de la peau ».

Tandis que dans notre cas le rash fut scarlatiniforme, ici « cette injection différait essentiellement de la scarlatine par sa teinte et de la rougeole par l'uniformité de sa distribution et l'absence complète de saillie ».

Dans le fait observé par M. Cadet de Gassicourt, nous notons les détails suivants : « A son entrée la sœur du service remarque que le corps est couvert tout entier, excepté la face, d'une rougeur vive, uniforme, d'apparence chagrinée *qui a l'aspect de la scarlatine*. Le soir à quatre heures cette rougeur avait disparu. » La durée de l'éruption n'est pas indiquée ni son mode de disparition.

Enfin, Arnaud et Lop nous font savoir que chez leur malade, en le découvrant, ils furent frappés de la coloration rouge vif, de l'aspect granité de la peau. La teinte était plus intense au tronc et aux membres qu'au visage, elle faisait penser à la scarlatine. Le lendemain l'exanthème avait complètement disparu.

Dans un autre cas, Rilliet et Barthez disent sans nous donner d'ailleurs l'observation que, chez un enfant le rash pneumonique fut rubéoliforme, à tel point que le premier médecin qui soigna l'enfant fit une erreur de diagnostic et pensa à une rougeole.

L'aspect de l'exanthème était également rubéoliforme dans le cas rapporté par M. d'Espine.

En un mot, le rash pneumonique de Cadet de Gassicourt, que nous préférons appeler érythème pneumonique ou pneumococcique est en général scarlatini-forme, à une durée brève et disparaît sans laisser de trace, sans être suivi d'aucune desquamation.

Diagnostic.

La confusion du rash scarlatiniforme avec la scarlatine est souvent, le premier jour au moins, lors du premier examen, très facile. Dans la scarlatine, en effet, comme dans l'érythème pneumonique qui apparaît au moment de la période prodromique ou tout à fait au début de la première période, avant que les symptômes stéthoscopiques aient apparus, nous trouvons ces symptômes analogues. Le début, dans les deux cas a lieu par un frisson et une élévation thermique rapide, sans rémission. Les vomissements signalés au début n'ont rien de spécial, ils s'observent dans une foule d'états infectieux et en particulier aussi bien dans les fièvres éruptives que dans la pneumonie. L'exanthème, dans l'une et l'autre affection est précoce, vite généralisé d'emblée ; si, parfois, l'érythème pneumonique possède une teinte rose vif, uniforme sans granité ni saillie, il est d'autres observations où l'aspect scarlatiniforme du rash ne manquait pas. D'ailleurs l'érup-

tion de la scarlatine fruste peut-être réduite à un simple érythème fugace, difficile à distinguer de la teinte naturelle des téguments, surtout chez un fébricitant. L'angine scarlatineuse est précoce, souvent intense et douloureuse : Ce serait un signe différentiel de grande valeur, si l'amygdalite n'était elle-même très fréquente au début de l'infection pneumococcienne, comme le démontrent les observations de Cornil, Netter, Boulay, qui ont été relatées dans la thèse de ce dernier.

Cependant nous ne pouvons nous abstenir de faire remarquer que dans aucun des cas que nous avons pu colliger, l'angine pneumococcienne n'a été notée. La gorge s'est toujours montrée saine. Il faut donc croire que MM. Armand et Lop sont par trop prudents lorsqu'ils admettent qu'il faut, le plus souvent, attendre l'apparition des symptômes stéthoscopiques pour faire le vrai diagnostic. La dyspnée ne s'accuse, dans la pneumonie lobaire infantile, que par l'accélération de la respiration, attribuée à tort à la seule hyperthermie.

« Pour augmenter encore la difficulté, disent ces mêmes auteurs, les signes stéthoscopiques de la pneumonie sont tardifs chez l'enfant : la pneumonie du sommet est, au début, souvent centrale ; pas de râles crépitants. Apparition du souffle et de la matité seulement au 4^e et 5^e jour, défaut de l'expectoration. Lorsque les signes physiques s'accroissent, le diagnostic devient aisé, mais c'est un peu tard : défervescence brusque dans la pneumonie, lente et plus tardive dans la scarlatine, qui montre un signe constant, la desquamation. » Ce signe a fait défaut dans les cas d'érythème pneumo-

nique que nous avons observés, ce qui permet d'affirmer qu'il n'y a pas eu scarlatine compliquée de pneumonie.

C'est surtout entre l'érythème pneumonique et les autres érythèmes scarlatiniformes de causes diverses que le diagnostic sera difficile à établir.

Ces érythèmes peuvent être dus à des causes extrêmement nombreuses.

On les observe en particulier dans un grand nombre d'états infectieux, d'intoxications alimentaires ou médicamenteuses. Si des accidents antérieurs démonstratifs n'ont pas existé, il faudra ne pas se hâter de poser un diagnostic et attendre que l'évolution de l'affection vienne trancher la difficulté.

Même, lorsqu'apparaîtront les premiers symptômes pulmonaires, il sera bon d'éliminer une affection qui pourrait être facilement une cause d'erreur par les symptômes pulmonaires qu'elle provoque et par les érythèmes scarlatiniformes dont elle s'accompagne assez fréquemment puisque Barthélemy en a observé 13 cas sur 217 malades.

Il faudra tenir compte non seulement des symptômes présentés par le malade, mais encore de l'existence ou de l'absence de toute épidémie grippale. De plus, comme l'a fait remarquer M. Comby, l'infection grippale chez l'enfant s'est, dans ces dernières épidémies, très rarement compliquée de troubles respiratoires. Car, si la toux est fréquente, le médecin de l'hôpital Trousseau la considère comme liée exclusivement à la pharyngite et non à la bronchite que Copland considère, dans les

premières années de la vie comme constituant une véritable complication. M. Comby lui-même, n'a vu au cours de cette affection qu'une seule broncho-pneumonie et pas de pneumonie lobaire.

La variole se complique assez fréquemment de rash scarlatiniforme. On observe également des éruptions de même aspect au cours de la varicelle, ainsi que le démontrent les observations de Comby, la thèse de Marie, celle de de Bourdineau, etc. Mais on ne confondra pas la rachialgie avec le point de côté pneumonique, et les symptômes bénins de la varicelle n'ont rien qui rappelle les allures ordinairement sérieuses d'une pneumonie.

Notons en outre que Simon a déclaré que le rash variolique présente des particularités de siège et de forme qui peuvent aider le diagnostic : triangle crural et brachial de Simon ; sur le fond érythémateux on voit dans l'aîne, des pétéchies qui persistent longtemps après la disparition de l'érythème.

Le rash *rubéoliforme* ou *érythème* pneumonique rubéoliforme prête-t-il à confusion avec la rougeole. Après avoir tout d'abord rappelé que cette forme d'éruption n'a été notée que deux fois, nous pouvons sur ce point exposer l'opinion de Arnaud et Lop : « Dire que les rash morbilleux et rubéoliques sont très peu fréquents et ont l'aspect ortié d'après M. Talamon (*Médecine moderne*, 1890) et Biolan (*Marseille médical*) ne serait pas un argument suffisant pour rejeter l'idée d'une rougeole, car ces érythèmes symptomatiques peuvent présenter les types les plus divers.

Le catarrhe oculo-nasal et les symptômes pulmonaires fonctionnels manquaient dans notre cas et cette absence de signes constants dans la rougeole, nous paraît être bien plus significative ; la congestion pulmonaire précoce s'annonce avant les signes stéthoscopiques, par de l'angoisse dyspneique, de la dilatation rapide du cœur (Huchard) qui font de la rougeole ainsi compliquée, comme l'ont démontré MM. Despine et Picot dans leur *Traité des maladies des enfants*, p. 76, 1887, une des formes les plus redoutables de la rougeole maligne. Les symptômes fonctionnels de la broncho-pneumonie précoce sont moins bruyants que ceux de la pneumonie, en revanche les symptômes généraux sont graves puisqu'elle est une manifestation de l'infection morbilleuse d'emblée généralisée.

Enfin, il faudra, avant de prononcer le nom de rash pneumonique avoir soin d'éliminer ces érythèmes que M. Sevestre a observé chez les enfants, mais qui étaient en rapport avec des phénomènes d'infection intestinale, ainsi qu'avec des broncho-pneumonies d'origine intestinale. Ces observations sont relatées en détail dans la thèse de M. Renard sur les *broncho-pneumonies infectieuses d'origine intestinale* (Paris, 1892).

VI

Pronostic. — Traitement.

Ces deux chapitres peuvent se résumer en quelques mots :

Le pronostic de l'érythème pneumonique est nul, il ne modifie ni en bien ni en mal l'évolution de l'affection de laquelle il dépend.

De traitement à opposer à ce symptôme, il n'y en a pas. Les pneumonies infantiles avec éruption cutanée scarlatiniforme ou morbilliforme seront traitées absolument comme les autres cas de cette affection.

VII

Conclusions.

Un certain nombre d'observateurs, Rilliet, Barthez, Arnaud et Lop, Ad. d'Espine ont vu dans la pneumonie des éruptions rouges, étendues à la plus grande partie des téguments. Cadet de Gassicourt leur a donné le nom de rash pneumoniques. Peut être pourrait-on aujourd'hui, avec plus de raison les appeler érythèmes pneumococciques ou pneumoniques.

Ces érythèmes ont été scarlatiniformes dans tous les cas, sauf dans deux où l'éruption fut rubéoliforme.

L'absence, dans les observations publiées, de toute cause autre que la pneumonie pouvant expliquer le développement de cette éruption (Autre maladie infectieuse, intoxication alimentaire, absorption médicamenteuse), rend à peu près indubitable leur nature pneumococcienne.

Ces éruptions peuvent apparaître dès le début de la pneumonie, avant l'apparition des signes stéthoscopi-

ques, ou un peu plus tardivement, alors que les signes physiques rendent très facile le diagnostic de l'affection pulmonaire.

Ces érythèmes sont fugaces, disparaissent sans être suivis de desquamation, sans laisser aucune trace de leur passage.

Ils n'impliquent aucune modalité spéciale de la pneumonie et n'en aggravent nullement le pronostic.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,

POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

VIII

Observations.

OBSERVATION I (*Personnelle*).

J'eus un jour l'occasion, étant de passage à Paris, d'accompagner M. Le Damany qui remplaçait l'interne de garde à l'Hôpital Trousseau. Nous reçûmes un jeune enfant qui, en même temps qu'une éruption rouge, présentait une dyspnée assez vive.

Voici ce qu'à son sujet l'interrogatoire nous apprit.

Son père et sa mère sont bien portants actuellement et n'ont jamais eu de maladies bien graves, quelques malaises passagers, quelques rhumes; voilà, nous dit sa mère qui l'amène à l'hôpital, les seules affections dont ils aient eu l'un et l'autre à se plaindre.

La mère n'a plus ni frères ni sœurs, elle en a eu deux qui sont morts en bas âge d'une affection diagnostiquée méningite *caput mortuum* dans laquelle sont classés par les parents des enfants les affections les plus disparates avec ou même sans symptômes cérébraux.

Le père a deux frères bien portants; l'un d'eux a eu, il y a quatre ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu dont il a parfaitement guéri.

L'enfant que nous avons sous les yeux est âgé de six ans; c'est un jeune garçon bien constitué, doué d'un embonpoint très suffisant.

Il a été élevé au sein par sa mère. Pendant sa première enfance il fut un peu délicat, d'un teint un peu pâle et facilement sujet à des malaises liés probablement à des troubles digestifs, mais qui n'eurent jamais de conséquence alarmante et qui ont disparu complètement depuis longtemps.

A trois ans il eut la rougeole, pour laquelle sa mère l'amena à l'hôpital Trousseau. Il y resta six semaines et, bien qu'affaibli au moment de sa sortie, il se rétablit très rapidement.

Il est l'aîné de deux enfants; sa jeune sœur, qui a deux ans, se porte bien.

Hier soir, en revenant de l'école, notre jeune malade se plaignit d'une douleur dans le côté droit, ne mangea pas, et la mère fut obligée de le coucher et constata qu'il avait la peau chaude et le visage rouge et congestionné.

Le lendemain l'état ne s'améliora pas, au contraire. Dans la nuit l'enfant était pris d'une toux sèche, pénible, et d'une soif intense, il demandait continuellement à boire.

La mère envoya chercher un médecin qui, dès son premier examen, constate une légère coloration rouge du corps, surtout sur le tronc.

Quelques heures auparavant la mère, qui avait changé sa chemise, n'avait rien remarqué et elle affirme catégoriquement que le corps de l'enfant, à ce moment, n'avait pas la coloration rouge qui fut constatée par le médecin vers onze heures du matin.

Ce médecin ne donna aucun diagnostic, aucun traitement, et se contenta de conseiller à la mère de le conduire à l'hôpital le plus voisin.

Après-midi, ayant vu son mari et obtenu son autorisation, elle l'apporta à l'hôpital Trousseau et voici ce que nous constatons à notre premier examen :

Le visage de l'enfant est congestionné, vultueux, surtout du côté droit, mais cette coloration est surtout marquée à la pommette dont la couleur rouge vif tranche sur la pâleur des régions voisines.

La surface du tronc et des membres est le siège d'une rougeur diffuse, affectant la forme de grands placards, laissant entre eux

des espaces de peau saine. Ces nappes érythémateuses, surtout intenses au voisinage des plis de flexion, sont constituées par un fond uniformément d'un rouge vif sur lequel se dessine un pointillé plus foncé assez net en quelques points. Sur les bords de chaque placard on voit une disposition irrégulière de taches les unes petites, les autres plus grandes et de formes variées, non géométriques.

Ces parties érythémateuses ne sont nullement saillantes.

L'enfant n'avait mangé les jours précédents aucune des substances considérées comme produisant habituellement des éruptions cutanées ou des urticaires, et sa mère nous affirme qu'elle ne lui avait fait prendre aucun médicament. Il n'y avait, dans la maison qu'elle habitait, aucun cas de fièvre éruptive, elle n'était allée, soit seule, soit avec son enfant, dans aucune maison où il y eût des enfants malades.

A l'examen des viscères nous constatons :

Du côté du tube digestif, que la langue ne présente qu'un enduit saburral à peine perceptible sur sa partie postérieure. La gorge est normale sans rougeur aucune, sans gonflement, sans enduit pultacé ni pseudo-membraneux. L'enfant a une soif assez vive, mais pas d'appétit pour les aliments solides. Il n'a eu aucun vomissement ni fait aucun effort pour vomir. Les selles sont normales, il n'a ni constipation ni diarrhée. Le ventre n'est pas ballonné, ni douloureux. Le foie et la rate sont normaux.

Les troubles respiratoires sont plus intenses. La respiration est fréquente (40 inspirations par minute). Les ailes du nez battent par les mouvements respiratoires.

L'enfant n'a pas eu de coryza.

La toux est assez fréquente, non quinteuse et, naturellement, sans expectoration.

Lorsqu'on demande à l'enfant en quel endroit il souffre, il met la main sur le côté droit.

A la percussion nous constatons une submatité assez nette au voisinage du sommet droit, en arrière à peu près au niveau de l'épine de l'omoplate. A ce niveau les vibrations thoraciques (très nettes quand l'enfant pleure) sont exagérées. A l'auscultation. Râles

crépitants assez gros (relativement) existant seulement vers la fin de l'inspiration; ils ne s'entendent pas dans l'expiration. Ils se produisent par bouffées. Bronchophonie.

Sous la clavicule, du même côté, sonorité tympanique.

A gauche, les bruits respiratoires sont normaux et les différents modes d'exploration physique ne dévoilent rien d'anormal.

Les battements du cœur sont fréquents : 132 pulsations par minute; mais ne s'accompagnent d'aucun bruit anormal.

La température était de 40°.

Les urines, rouges, chargées d'urates, ne contiennent pas d'albumine.

Pas de troubles nerveux, pas de troubles sensitifs, pas de convulsions, etc.

Devant ce fait singulier, ne pouvant poser un diagnostic formel, nous le faisons placer dans le pavillon des douteux.

Le lendemain (23 janvier 1894), l'éruption avait complètement disparu, sans laisser aucune trace de son existence. Le malade, d'après le chef de service et l'interne qui le virent, avait une pneumonie de la partie supérieure du poumon droit, absolument normale (ils n'avaient pas vu l'éruption).

L'enfant resta cinq jours encore avec une température oscillant entre 39° et 40°. Nous avons, pendant cette période, examiné le mucus pharyngien et nous y avons trouvé quelques pneumocoques.

Au sixième jour de la maladie, la défervescence se fait brusquement, en 24 heures, et, douze jours après son entrée à l'hôpital, l'enfant, qui ne tousse plus qu'à de très rares intervalles, sort en convalescence.

Nous avons appris par l'externe de service que tous les symptômes stéthoscopiques de la pneumonie franche se sont déroulés successivement.

En somme, chez cet enfant nous n'avons, malgré les recherches minutieuses que nous avons faites, trouvé aucune cause à son érythème, autre que la pneumonie dont il a été atteint.

En particulier, pour passer en revue les principales causes de ces

éruptions chez les enfants, il n'avait absorbé aucun aliment capable de produire un érythème.

Il n'avait pas la scarlatine, il n'eut aucune autre éruption cutanée, ni varicelle, ni variole, etc.

Aucun signe de grippe n'a été constaté chez lui : le début fut trop franc, ainsi que la marche et l'évolution, pour qu'on puisse avoir une pareille opinion.

La marche n'a pas été celle d'une dermatite essentielle ou symptomatique (pathogénétique), car il n'y eut aucune desquamation.

Pas d'infection secondaire à sa pneumonie.

Pas d'intoxication médicamenteuse à invoquer.

OBSERVATION II ET III

(Rilliet et Barthéz, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, tome I, p. 722, 1880.)

A l'hôpital nous avons vu chez deux jeunes enfants de trois ans, le jour même du début de la pneumonie, une coloration d'un rose très vif répandue sur toute la surface de la peau. Cette infection différait grandement de la scarlatine par sa teinte et de la rougeole par l'uniformité de sa distribution et l'absence complète de saillie. Les cris et l'agitation des enfants, dont la peau était d'une finesse extrême, augmentèrent l'intensité de la coloration. Nous insistons sur ce symptôme, parce qu'en pareille circonstance un observateur inattentif pourrait prendre cette coloration de la peau pour une fièvre éruptive à son début et méconnaître l'inflammation du poulmon. La nature de cette infection et la rapidité avec laquelle elle disparaît suffisent, en général, pour empêcher toute erreur.

OBSERVATION IV

(Rilliet, même ouvrage, page 523.)

Je fus appelé en consultation, non point par un observateur inattentif, mais par un très habile médecin, pour voir un enfant qui était, disait-on, atteint de scarlatine. La rougeur de la peau était si vive que, si nous n'eussions pas été prévenu de la possibilité d'une erreur, nous l'aurions commise comme notre confrère; mais l'auscultation leva tous les doutes, et la coloration vive de la peau, qui n'était accompagnée d'aucun des symptômes locaux ou généraux de la scarlatine, disparut au bout de quelques heures. »

OBSERVATION V

(Rilliet et Barthez, *Eodem loco*.)

Cette coloration de la peau ne simule pas exclusivement la scarlatine; elle est quelquefois disséminée sur la surface du corps en taches isolées et l'un de nous (M. Barthez) les a vu confondre avec une éruption de rougeole à son début.

OBSERVATION VI

(Cadet de Gassicourt : *Traité clinique des maladies de l'Enfance*,
tome I, page 104, 1887.)

Un enfant de deux ans et demi entre à l'hôpital le 14 mars 1876.
Il a eu des convulsions à l'âge de six mois, pendant le travail de la

dentition, la rougeole à neuf mois, et le début en a été marqué par une attaque d'éclampsie. Pas d'autre maladie.

Le 8 mars, six jours avant son admission dans nos salles, il est pris brusquement, en pleine santé, d'attaques avec grimacements de la face, convulsions des globes oculaires et des quatre membres; les lèvres se couvrent d'une écume sangainolente. Pendant les attaques et quelques minutes encore après leur disparition, la face devient turgescente et violacée. Ces convulsions se répétèrent un grand nombre de fois pendant 24 heures; il nous est impossible d'en savoir le nombre; la mère nous dit qu'elles étaient assez rapprochées pour ne pas permettre à l'enfant de reprendre connaissance, et que, pendant leur intervalle, il portait constamment les mains à sa tête. Ce sont là les seuls renseignements qui nous sont donnés.

A son entrée, la sœur du service remarque que le corps est couvert tout entier, excepté la face, d'une rougeur vive, uniforme, d'apparence chagrinée, qui a l'aspect de la scarlatine; le soir, à quatre heures, cette rougeur avait disparu. La gorge, examinée à la visite du soir, était saine. Dans la journée, l'enfant est grognon, criard, somnolent; la nuit est très agitée.

Le 15 au matin, septième jour de la maladie, il est plus calme, mais toujours abattu et engourdi; les yeux sont fermés, les pupilles égales, la tête renversée en arrière, sans raideur du cou, les mains agitées d'un léger tremblement, le ventre souple et normal. Une selle liquide. Pouls régulier, rapide, 132. Température élevée : 40°.

Malgré cette réunion de symptômes insolites, je n'hésitai pas longtemps sur le diagnostic. Les convulsions violentes du début écartaient toute idée de méningite tuberculeuse; leur disparition rapide ne permettait pas de croire à une méningite franche; aucune autre fièvre éruptive ne pouvait être mise en cause que la scarlatine, et l'éruption constatée la veille prêtait en effet à la confusion; mais l'évolution de cet exanthème et l'absence d'angine jugeaient la question. D'ailleurs l'élévation persistante de la température prouvait que nous avions affaire à une maladie qui en était encore à la période d'état.

En examinant le malade de plus près, je remarque alors qu'il a un peu de dyspnée et que les ailes du nez battent légèrement. Il tousse un peu, mais ne crache pas. La percussion pratiquée immédiatement me donne une matité presque absolue à gauche, en avant dans presque toute la hauteur, et l'auscultation un souffle rude, tubaire, avec retentissement du cri, mais sans râle. Dans la fosse sus-épineuse du même côté, submatité et respiration un peu rude.

La pneumonie était évidente et les symptômes particuliers qu'elle présentait la classaient parmi les pneumonies à forme éclamptique.

Le pronostic seul était douteux, car les raisons qui m'avaient empêché d'admettre une méningite franche m'empêchaient aussi de croire à une complication de la méningite dans une pneumonie fibrineuse, fait très rare d'ailleurs, que Rilliet et Barthez n'ont rencontré qu'une fois et que je n'ai jamais vu.

Pendant les deux jours suivants, les symptômes restent à peu près stationnaires : la somnolence persiste; les avant-bras et les mains sont agités d'un tremblement constant, et, chaque fois qu'on dérange le petit malade, il a de brusques soubresauts, accompagnés de quelques plaintes. Les yeux sont fermés. Les paupières soulevées retombent aussitôt; les pupilles sont égales; pas de strabisme. On constate un certain degré d'asphyxie; la face est pâle, une teinte bleuâtre est répandue autour des ailes du nez et des lèvres; les joues sont légèrement violacées. Les extrémités ont une coloration normale. La respiration est régulière, haute, rapide (44); le pouls petit, régulier, 120. La température est très élevée. Quant aux signes de percussion et d'auscultation, ils sont stationnaires.

Mais le 18 mars, dixième jour de la maladie, après une nuit pendant laquelle tous les symptômes précédents avaient persisté, je trouve, à la visite du matin, l'enfant plus éveillé. Les yeux sont ouverts; il semble faire attention aux personnes qui l'entourent; le tremblement des extrémités supérieures a cessé; les signes physiques se sont atténués, et la température a fait une chute de 3°. La défervescence est faite et la guérison assurée. Cinq jours

plus tard, tout signe stéthoscopique avait disparu et l'enfant quittait l'hôpital complètement guéri le 27 mars. Il y était resté treize jours.

Cette pneumonie, à forme éclamptique, a donc guéri malgré la gravité des symptômes généraux ; mais elle a été prolongée, puisque la défervescence ne s'est faite que le dixième jour et la résolution le quinzième.

La forme particulière de la maladie a-t-elle eu quelque influence sur sa durée ? Je suis peu disposé à le croire. Je vous ai montré plusieurs fois déjà des pneumonies à forme typhoïde ou méningée dont la résolution s'est faite le huitième et même le cinquième jour.

Sous le nom de coloration générale de la peau, MM. Barthez et Rilliet ont décrit un rash qui revêt tantôt l'apparence scarlatineuse, tantôt l'aspect morbilieux, et qui pourrait tromper un observateur inattentif. J'en ai moi-même rencontré un exemple dans un cas de pneumonie à forme éclamptique. Je ne connais guère de maladie infectieuse au cours de laquelle le rash ne puisse se présenter.

OBSERVATION VII

(Arnaud et Lop : *Revue des maladies de l'Enfance*, avril 1893.)

Erythème au début de la pneumonie lobaire infantile.

D..., petit garçon de trois ans et demi. Le 25 avril, en rentrant de la promenade, il se plaint de froid, de lassitude et refuse de dîner : un peu de lait qu'on lui donne est aussitôt vomé. Sommeil

agité, réveils fréquents. Nous sommes appelés, le 26 au matin, avant toute intervention thérapeutique. La fièvre est vive (40°, pouls 140), de nouveaux vomissements ont été provoqués par le lait. Il y a un peu de dyspnée et une toux courte, sèche, qui appellent l'auscultation, dont les résultats sont toujours négatifs. En découvrant le malade nous sommes frappés par la couleur rouge vif, l'aspect granité de la peau; cette teinte est plus intense au tronc et aux membres qu'au visage; elle fait penser à la scarlatine; *pas trace d'angine*.

D'ailleurs le 27 au matin, l'exanthème avait complètement disparu. La fièvre était toujours aussi vive, l'agitation aussi prononcée. Les vomissements persistaient, bien que moins fréquents; l'auscultation était toujours muette: nous pensions à une variole précédée d'un rash anormalement étendu.

Le 28. Point de boutons. En pratiquant l'auscultation (car il y avait toujours de la dyspnée et un peu de toux), nous découvrons enfin, au sommet droit, de l'expiration nettement soufflante, sans aucun râle: la submatité montrait bien qu'il ne s'agissait pas d'une anomalie de la respiration.

Le 29. Souffle aux deux temps, intense, toujours localisé au sommet droit, matité; la température oscille autour de 40°.

Le 30, persistance des mêmes symptômes, apparition d'*herpes labialis*.

Enfin le 2 mai, au matin, défervescence assez brusque pour entraîner un état de dépression, presque de collapsus, qui alarme fort les parents, ce qui nous permet de fixer nous-mêmes le moment de la chute thermique. La résolution suit de près la chute de la température; elle fut marquée par des *redæ crepitans* de même siège que le souffle.

Convalescence rapide.

OBSERVATION VIII

(Ad. d'Espine, professeur à l'université de Genève : *Contribution à l'étude de la pneumonie franche infantile*. Travail lu au congrès de Washington, le 8 septembre 1887.)

Pneumonie abortive du sommet gauche chez un enfant d'un mois et demi, convulsions tétaniformes, rash morbilliforme. Durée de la fièvre : trois jours (*Revue de médecine*, 1888, p. 102).

Enfant de M. . . , âgé d'un mois et demi, né à terme et robuste, poids à la naissance 3.470, nourri au sein exclusivement le premier mois, allaitement mixte depuis quinze jours.

Le 24 février 1886, le médecin de la famille, le Dr Ferrière, de qui je tiens ces renseignements, est appelé à trois heures de l'après-midi. Il apprend que l'enfant n'est pas bien depuis la veille au soir à la suite d'une promenade où il aurait pris froid. L'enfant a eu un vomissement dans la soirée d'hier; la nuit a été agitée. Ce matin il gémit continuellement et refuse le sein. La figure est très pâle, les traits sont contractés, la respiration est saccadée et rapide.

A 4 heures, l'enfant a une convulsion tonique avec bouche serrée et écume sortant des lèvres.

Appelé en consultation avec le Dr Ferrière à 7 heures du soir, je constate une forte fièvre ($40^{\circ}2$ dans le rectum), une submatité avec résistance au doigt dans la fosse sus-épineuse gauche, avec respiration bronchique dans la partie interne de la fosse.

Sous la clavicule gauche le son n'est pas aussi pur qu'à droite. Pas de toux.

Je diagnostique une pneumonie franche et porte un pronostic plutôt favorable.

Ordonnance : Ne donner comme nourriture que le sein, compresses de Priesnitz autour du tronc; enveloppement ouaté des extrémités inférieures. Un peu de rhum à boire dans de l'eau. Pains tièdes, si l'agitation ne cède pas aux compresses.

Le soir à onze heures, respiration en vagues, avec arrêts complets de trois à quatre secondes, sorte de Cheyne-Stokes. T. R. 40° .

Le 25 février (2^e jour), 9 heures du matin. La nuit a été plus calme que la précédente; mais la respiration est encore irrégulière. T. 39°1.

Matité diminuée un peu dans la fosse sus-épineuse gauche, mais plus nette qu'hier en avant, où elle est étendue à toute la région sus et sous-claviculaire.

Respiration bronchique très nette en cet endroit.

L'enfant n'a pas encore toussé depuis le commencement de la maladie.

Un bain tiède le matin, suivi d'une syncope ou faiblesse.

Je revois l'enfant en consultation à trois heures, après une nouvelle crise de convulsions toniques moins forte que celle d'hier.

T. R., à 6 heures, 39°6.

Un bain tiède le soir réussit bien.

L'enfant a mieux pris le sein aujourd'hui.

Toujours pas de toux.

Compresses de Priessnitz continuées.

Le 26 février (3^e jour), 9 heures du matin. T. R. 38°8.

Le Dr Ferrière constate l'existence d'un exanthème rubéoliforme sur le tronc, les jambes, les bras, la nuque; il n'existe presque pas à la figure.

La matité est encore marquée en avant, sur et sous la clavicle gauche. Souffle près de l'angle sterno-claviculaire.

Cessation des bains et des compresses.

Consultation nouvelle à trois heures de l'après-midi. L'exanthème est généralisé, mais a déjà pâli depuis le matin; *c'est un rash*.

T. soir 7 heures, 37°5; l'enfant est calmé.

Le 27 février, au matin, le rash a disparu. La fosse sus-épineuse gauche est redevenue normale; encore un peu de matité en avant, mais il n'y a plus de souffle.

T. R. matin, 37°6; soir 38°.

Depuis lors, l'enfant s'est bien porté.

Remarques. — Cette observation est remarquable à divers points de vue. J'attire l'attention :

1^o Sur l'âge de l'enfant; c'est peut-être une des premières obser-

vations de pneumonie franche incontestable dans les six premiers mois de la vie ;

2° Sur la durée de trois jours de la fièvre continue et sur sa défervescence caractéristique à la fin du troisième jour ;

3° Sur le caractère tonique des convulsions ;

4° Sur l'apparition du rash morbiliforme, sur lequel Rilliet et Barthez, et dernièrement Cadet de Gassicourt ont attiré l'attention dans le cours de la pneumonie franche.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DE BOEBDINEAU. — Les rash dans la varicelle (Thèse de Paris, 1895).
- MARIE CLARENDON. — Les éruptions dans la varicelle (Thèse de Paris, 1894).
- ARNAUD et LOP. — Erythème au début de la pneumonie lobaire infantile (Revue des Maladies de l'Enfance, avril 1893).
- BESNIER. — Note sur les érythèmes infectieux, in Traité des maladies de la peau de Kaposi.
- CHARRIN. — Comptes rendus de la Société de biologie, 14 mai 1892.
- RENAUD. — Des broncho-pneumonies infectieuses d'origine grip-pale (Thèse de Paris, 1892).
- BOUCHARD. — Bulletins et comptes rendus de l'Académie des sciences, 26 octobre 1891.
- CLAISSE. — Purpura pneumococcique (Archives de Médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, 1891, p. 379).
- LAUNOIS et COURMONT : Purpura dans la pneumonie (Archives de médecine expérimentale, n° 1, 1891).
- TALAMON. — Médecine moderne, 1890.
- VILLARD. — Leçons cliniques sur la grippe, 1890.
- BARTHÉLEMY. — Archives de médecine expérimentale, 1890, tome II, p. 287.
- SEVESTRE. — Rougeole et broncho-pneumonie (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, p. 106, 1890).
- CADET DE GASSICOURT. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, tome I, p. 104, 1887).

RILLIET et BARTHEZ. — Traité clinique et pratique des enfants, t.
p. 723, 1884.

Dictionnaires de DECHAMBRE et de JACCOUD. — Articles Rash, Pneumonie, Erythèmes, etc.

Nouveau Traité de médecine (Charcot, Bouchard).

Nouveau Manuel de médecine (Debove, Achard).

BOULAY. — La Pneumonie (2 volumes de la bibliothèque Charcot-Debove et Thèse de Paris, 1890-1891).

DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne, 1896.

D'ESPINE. — Revue de médecine, fév. 1888.

